ORIGINAL

# Evaluación cualitativa del último año de residencia en medicina familiar y comunitaria. Visión de los MIR

Muñoz Cobos F[1], Carrión de la Fuente MªT[2], Morales Sutil MªL[3], Ortega Moreno IMª[4], García Paine JP[5], Valverde Vallejo P[6], Leiva Fernández F[2]

[1]*Médica de familia. Centro de salud El Palo. Málaga*

[2]*Médica de familia. Técnica de salud de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga*

[3]*Médica de familia. Hospital Regional Universitario. Hospital Civil. Servicio de Urgencias. Málaga*

[4]*Médica de familia. Hentorpvårdcentral, Skövde (Suecia)*

[5]*Médico de familia. Centro de Salud Tiro Pichón. Málaga*

[6]*Médica de familia. Hospital Regional Universitario. Servicio de Urgencias. Málaga*

**CORRESPONDENCIA**

Francisca Muñoz Cobos

E-mail: franciscamunozcobos@gmail.com

Recibido el 09-11-2018; aceptado para publicación el 30-04-2019

Med fam Andal. 2019; 1: 29-51

**PALABRAS CLAVE**

Evaluación educacional. Medicina Familiar y Comunitaria. Investigación cualitativa.

**RESUMEN**

**Título:** Evaluación cualitativa del último año de residencia en medicina familiar y comunitaria. Visión de los MIR.

**Objetivo**: Conocer la visión de los MIR sobre el cuarto año de residencia en medicina familiar.

**Diseño**: Investigación cualitativa exploratoria e interpretativa, metodología inductiva basada en la Teoría Fundamentada.

**Población**: Profesionales que han cursado el programa de cuatro años de Medicina Familiar y Comunitaria hasta 2015 o son R4 en ese año, en la Unidad Docente de Málaga. Muestreo teorético hasta saturación (n=49).

**Métodos:** Contacto por e-mail para invitar a participación anónima mediante escritos por página web/ correo electrónico del estudio. Aportaciones de escritos en papel en cursos de R4.

**Análisis**: Nivel textual: segmentación en citas, codificación inicial y axial, ordenación en familias. Nivel conceptual: categorías, subcategorías, redes, y modelos. Método comparativo constante. Devolución del informe preliminar. Programa Atlas. Ti 5.2.

**Resultados**: Los residentes consideran esenciales para su formación los aspectos clave de la medicina de familia: longitudinalidad, continuidad asistencial, atención biopsicosocial y comunicación. La utilización del residente en el cuarto año es el aspecto más negativo y lo describen como habitual, impuesto y motivado por ahorro y "quedar bien" con los gestores. Dicha utilización se relaciona con determinados aspectos emocionales negativos (desilusión, indefensión aprendida y disonancia cognitiva por contribuir a la escasa oferta de plazas).

**Conclusiones**: El cuarto año de residencia en medicina familiar es vivido en la contraposición entre la utilización como sustitutos y la alta valoración del aprendizaje de los fundamentos de la medicina de familia que la propia utilización impide.

KEYWORDS

Educational measurement; family and community medicine; qualitative research.

ABSTRACT

**Title:** Qualitative assessment of the final year of family and community medicine residency programme. Insight from residents.

**Aim**: To learn the view of the residents related to the fourth year of the family medicine residency programme.

**Design**: Exploratory and interpretive qualitative research. Inductive approach based on grounded theory.

**Population**: Professionals who have completed the four-year training programme in family and community medicine by 2015, or were fourth year senior residents (R4) that year, at Malaga Training Unit. Theoretical sampling until saturation (n = 49).

**Methods:** Contact was made via e-mail, inviting anonymous participation of individuals, using the study's web/e-mail. Contributions on paper from residents attending R4 courses.

**Analysis**: Textual level: data segmentation into quotations, initial and axial coding, code families. Conceptual level: categories, subcategories, networks and models. Constant comparative method. Return preliminary report. Atlas Ti 5.2. Software

**Results**: Residents consider the following key aspects of family medicine to be essential in their training: longitudinality, continuity of care, biopsychosocial care and communication. The most negative aspect is the utilisation of fourth-year residents in the provision of care. This is described as something usual, imposed and triggered by cost-cutting measures and the need to "make a good impression" on the managers. This utilisation of residents is associated with certain negative emotional aspects (disappointment, learned helplessness and cognitive dissonance by contributing to the limited availability of residency slots).

**Conclusions**. Residents attending the fourth year of training, experience a conflict between the highly valued learning in accordance with the principles of family medicine, and their individual use as cover doctors, which goes against this principle.

## INTRODUCCIÓN

La ampliación de la residencia en medicina familiar y comunitaria a cuatro años[1] supuso un cambio en la concepción de la especialidad, por su equiparación al resto de la formación sanitaria especializada y por la expectativa de mejorar la formación de los profesionales al aumentar el periodo de aprendizaje y dotarlo de contenidos que reforzaran lo aprendido previamente a aplicarlo en el centro de salud.

Este nuevo programa respondía a los cambios sociales, a la implantación de un sistema sanitario universal que pretendía dar un papel prioritario a la atención primaria y a la consolidación de la especialidad de medicina familiar[1]: *"La Atención Primaria de Salud debe ser la base del sistema sanitario por lo que es fundamental la buena preparación de los futuros médicos de familia, a fin de que sean capaces de dar una mejor atención al usuario, más accesible, más humana, más integral y más eficiente"*.

Entre las fortalezas de este programa, los responsables de las Unidades Docentes han señalado la consolidación de la estructura docente, la adaptación de los cronogramas, la mejora de la actividad investigadora y la ampliación de los centros de salud acreditados[2].

Existe un estudio de evaluación del programa nuevo por parte de los residentes mediante encuesta que incluyó las promociones de 2008-2009, en el que destaca un alto grado de satisfacción con la residencia señalando como aspecto positivos la figura del tutor y como negativos la elevada presión asistencial y la baja aceptación del libro del residente[3].

Sin embargo ha habido luces y sombras en estos años, marcados además por los recortes en sanidad, que han desembocado en una alta presión asistencial y un importante deterioro de la labor asistencial y docente en los centros de salud, acompañada de un altísimo paro de médicos de familia y una contratación muy precaria.

La especialidad fue perdiendo atractivo en las distintas convocatorias MIR como lo muestra el ser elegidas en último lugar, o el alto número de plazas sin cubrir (243 en 2013; 387 en 2014)[4], que llega a un 19% de las ofertadas en 2017.

La consideración académica de la especialidad es anecdótica en comparación con la de otros países[5] y las expectativas del estudiante de medicina no la consideran atractiva ni a nivel laboral, ni científico-técnico ni de investigación[6]. Se ha valorado la necesidad de mejorar la presencia de la medicina de familia en la universidad como forma de cambiar esta situación[7], si bien algunas investigaciones parecen indicar que la obligatoriedad de la asignatura de medicina familiar no se correlaciona con una mayor elección de ésta en el MIR[8].

Otro hecho relevante es la frecuente realización de una segunda residencia tras completar la primera en medicina familiar. Aunque esta circunstancia puede afectar a todas las especialidades MIR, que pueden ver en la segunda residencia una forma de garantizar su actividad laboral, hay también un marcado componente de abandono de la medicina de familia, ya que la especialidad más frecuentemente finalizada con anterioridad al inicio de la nueva formación es Medicina Familiar y Comunitaria[2].

Otro aspecto controvertido ha sido el hecho de que el residente de cuarto año pueda constituir un sustituto encubierto del médico de familia. Así, en el año 2008 conocimos una propuesta planteada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de autorizar "*de forma excepcional, y durante el periodo que va desde junio de 2008 a mayo de 2009, a los residentes de cuarto año de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a que compatibilicen la conclusión de su periodo formativo con el desempeño, de forma autónoma y completa, de las funciones de médico de familia en centros y servicios del Sistema Nacional de Salud*", supuestamente fundamentada en solucionar el déficit relativo de facultativos. Esta propuesta recibió el rechazo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)[9], si bien no ha habido un seguimiento de su implantación en la práctica.

Además, la vinculación en nuestra comunidad autónoma desde 2013 de las unidades docentes multiprofesionales a las estructuras de gestión, áreas sanitarias y distritos, tiene algunos peligros ya puestos de manifiesto por a la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)[10]: restricción de recursos, pérdida de autonomía docente, necesidad de reforzar y profesionalizar la figura del tutor y de mantener el mapa de competencias de los médicos de familia.

También se asiste en estos años a la falta de incorporación de los médicos jóvenes a los centros de salud, por la ausencia de contratos y su marcha a otros destinos (urgencias, servicios privados, emigración a otros países) que alertan sobre la falta de repercusión de su formación en la propia atención primaria[11].

En este contexto, se ve la necesidad de evaluar qué supone este cuarto año para las personas a las que va dirigido aunque hay algunas aportaciones mediante encuesta que recogen la opinión global sobre el nuevo programa tras los dos primeros años de su aplicación[3].

En la Unidad Docente en que se ubica este estudio ya se realizó una evaluación cualitativa sobre la enseñanza de la medicina de familia[12].

El contexto de la situación asistencial de los centros de salud del distrito Málaga en la época en que se realiza el estudio se caracteriza por enorme recorte de personal efectuado en primaria[13].

Los medios de evaluación oficiales no permiten poner de manifiesto en toda su amplitud las vivencias y perspectiva de los residentes, las que conforman el aprendizaje[14], por lo que para conocer realmente éstas, se decide hacer esta investigación con metodología cualitativa[15], basada en el análisis de las aportaciones libremente expresadas de los participantes. Se exponen aquí solamente los resultados respecto a los residentes y ex residentes formados con el nuevo programa, si bien el proyecto global incluye también las opiniones de tutores de centros de salud, tutores hospitalarios y pacientes.

Se diseña un estudio con el objetivo de evaluar el último año de residencia en medicina familiar y comunitaria desde la perspectiva de los médicos residentes, tutores y pacientes, con el fin de detectar y proponer mejoras. Este artículo presenta los resultados referentes a los residentes.

## METODOLOGÍA

Este estudio surge a iniciativa de un grupo de personas vinculadas a la docencia MIR

preocupados por la situación de la formación en el último año de residencia. Se constituye un grupo de trabajo con la participación de tutores, tutores directores, jefatura de estudios, gerencia del distrito y personal técnico de la Unidad Docente en el que se plantea la realización de una evaluación que permita conocer el punto de vista de las personas que se han formado o se están formando en su último año bajo las directrices del nuevo programa de la especialidad, así como de los tutores y de los propios pacientes. El grupo investigador lo integran exresidentes formados con el programa de cuatro años, tutores y técnicos de la unidad docente.

El ámbito del estudio es la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Málaga y los centros de salud adscritos a ella. Se organiza en 5 áreas, con un total de 32 centros docentes y 56 residentes de medicina familiar por promoción.

Se elige metodología cualitativa que se ajusta más al fenómeno que se pretende analizar y de carácter inductivo para reducir la subjetividad del equipo investigador.

El diseño corresponde a una investigación cualitativa exploratoria e interpretativa, con metodología inductiva basada en la Teoría Fundamentada[16,17,18].

Las preguntas de investigación son: *¿Cuáles son los aspectos valorados como más positivos del último año de residencia? ¿Cuáles son los aspectos valorados como más negativos? ¿Qué propuestas de mejora realizarías?*

Los sujetos de estudio a los que se invita a participar son los ex residentes que cursaron el programa de cuatro años de la especialidad desde su implantación en 2004 hasta 2014 (N=286), adscritos a la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Distrito Málaga, así como a los residentes que cursaron el cuarto año durante el curso 2014-2015 (N=50). Una vez iniciado el estudio se siguieron criterios de saturación para conformar el número total de participantes que fue de n=49, aplicando criterios de saturación (muestreo teorético). A cada participante se le asignó un código a fin de mantener la confidencialidad durante todo el proceso de recogida de datos y análisis.

Se utilizan las siguientes técnicas de recogida de datos:

**Relatos *on line*.** Se invita a los residentes de cuarto año en el curso 2015-2016 o ex residentes formados con el nuevo programa, a escribir un documento a modo de narración o relato, sin límite de extensión, en el que recojan cuál ha sido o es su perspectiva (visión/opinión/experiencia/vivencia) del cuarto año de residencia en medicina familiar, tratando de responder a las preguntas anteriormente mencionadas.

Estas aportaciones se solicitan al correo electrónico de cada potencial participante desde un correo electrónico específico del estudio (mejorar4@gmail.com). Se realizan tres envíos de correo (1, 15 y 28 de febrero de 2015). En este contacto se llama a la participación y se especifica la forma de envío de las aportaciones (relatos) que se realiza a través de la página Web del estudio. http://mejoraR4.jimdo.com, garantizando por tanto el total anonimato de los participantes, a los que sólo se les pide consignar de forma voluntaria sexo y año de nacimiento. Pueden enviarse varios documentos en distintos momentos, manteniendo el mismo código personal. Se abre de febrero a junio de 2015.

**Escritos**. Se solicita participación escrita anónima previa firma de consentimiento informado al inicio de la sesión de los cursos para residentes de último año el 18 y el 25 de noviembre de 2015 (dos ediciones del mismo curso para diferentes zonas acreditadas de la unidad docente), dado que no se alcanzó la saturación con la participación a través de la página web. Se especificaron los objetivos de la investigación, que la participación era totalmente voluntaria y anónima así como el compromiso de confidencialidad de los investigadores.

Tantos los relatos de la página web como los escritos manuales fueron analizados con similar metodología, utilizando el programa Atlas Ti 5.2. Las etapas generales del **análisis**, se pueden clasificar a un nivel textual y otro conceptual[19].

En el nivel textual realizamos: 1) la preparación de datos primarios (paso a rtf); la lectura

y relectura de los textos; la segmentación del texto en citas (identificación de fragmentos de texto con significado en relación a las preguntas de investigación); 2) la **codificación inicial**: categorización de segmentos de los datos en un nombre corto que resuma y explique cada uno de los fragmentos de los datos[20]; la **codificación focalizada** supone la revisión de los códigos emergentes, eliminando errores y fusionando aquellos redundantes. Se usó el diccionario de la Real Academia Española de la lengua para la valoración semántica de los términos dudosos.

En el proceso de codificación se realizaron preguntas a los datos:

*¿Qué está ocurriendo en los datos? ¿Qué papel representan cada acontecimiento, incidente, evento o idea? ¿Está este código relacionado con otro? ¿Está incluido en un código más amplio? ¿Hay códigos que reflejan patrones similares?*

-La ordenación de los códigos en **familias**, en función de elementos comunes de los códigos entre sí y diferencias con el resto de elementos.

Corresponden al nivel conceptual:

1) Las **redes**, como representaciones gráficas de las relaciones que emergen entre los códigos. Dentro de cada red, establecemos los llamados *links*, es decir las relaciones entre los distintos códigos, estos son: "es causa de", "asociado a", "es un", "contradice a", además de los ya establecidos previamente, podemos editar la relación de forma libre; todo ello tiene como fin ayudarnos a comprender mejor la relación existente entre los distintos códigos. Establecemos estas relaciones siempre en base a la información contenida en los textos.

2) Los nodos de alto grado (alto número de relaciones con otros códigos) constituyen las **categorías**[21]; el análisis de la red nos permite visualizar las subcategorías y estructura jerárquica.

-Finalmente una vez alcanzada la **saturación analítica** (ya no emergen categorías ni relaciones nuevas), se procede a la **elaboración de la teoría**[22], la integración de la información analítica contenida en las categorías en un informe final, que responde a las preguntas de investigación explicando el fenómeno de estudio. Se realiza en dos niveles, en un primer momento, provisional, y tras presentar los resultados a los participantes (modificación, matización y/o aprobación), éste es definitivo.

Durante todas las fases del análisis se han utilizado la triangulación y el *memoing*[23]:

- Triangulación de los datos: uso de diferentes fuentes de datos (residentes, exresidentes).
- Triangulación de métodos: utilización de diferentes técnicas de recogida de datos en un mismo estudio (*on line* y escrita directa).
- Triangulación de investigadores: participación de dos investigadores en todas las etapas del análisis, incluyendo en la diada médica de familia de centro de salud-urgencias o médica de familia de centro de salud-técnica de la unidad docente, y utilizando un método de revisión sucesiva. También se realizó la revisión del informe preliminar por un colaborador docente experto en evaluación de procesos enseñanza-aprendizaje.

Como métodos para garantizar el rigor metodológico[24] se utilizan los criterios de Guba y Lincoln[25]:

*Credibilidad (*grado en que los resultados reflejan de forma fidedigna el fenómeno objeto de estudio): triangulación, obtención de retroalimentación por parte de los informantes mediante revisión del informe preliminar y aplicación del criterio de saturación. El anonimato y la confidencialidad son garantes de la autenticidad de los discursos.

*Transferibilidad (*búsqueda de la aplicabilidad de los resultados en contextos distintos del que proceden los datos): descripción resumida y delimitación del contexto en el que tiene lugar la recogida de datos para su posterior comparabilidad con otros contextos similares o distintos.

*Confirmabilidad (*grado en que se controla la interferencia personal del investigador en todos los pasos de la investigación): el equipo investigador realizó un análisis reflexivo inicial cotejado durante las fases posteriores del estudio (tras el informe preliminar) para determinar el grado de reflexividad del proceso.

*Consistencia o auditabilidad (*propiedad por la cual otro investigador, siguiendo los mismos pasos de un determinado estudio, obtendría resultados similares)[26].

Esta investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética Provincial de Málaga con fecha 26/02/2015.

## RESULTADOS

Se han recogido 15 relatos por la página web y 34 mediante escritos de participantes en el curso, analizando un total de 49 participantes, aplicando criterios de saturación. El 80,6% son mujeres. La edad media es 32 años, con un mínimo de 28 y un máximo de 50.

Los relatos recogidos a través de la página web son en su mayoría más extensos, se utiliza un estilo más narrativo y con mayor grado de polarización tanto en los aspectos positivos como negativos, son más explicativos y aportan en general más información. Los escritos recogidos al inicio de los cursos suelen ser más escuetos y con lenguaje más telegráfico. Ambos aportan información tanto de aspectos negativos como positivos y propuestas de mejora.

Las categorías y subcategorías identificadas por los participantes en cuanto a aspectos positivos y negativos del R4 se recogen en la Tabla 1.

### 1.Aspectos negativos del último año de residencia

La categoría central es la **utilización** del residente definida por el hecho de que el residente es utilizado o usado como sustituto, para cubrir las ausencias no sustituidas por profesionales contratados: *P4: El futuro de la medicina de familia en este marco de docencia, está abocado al fracaso. Durante el último año, lo único que he hecho son sustituciones en el centro de salud y mi nivel de docencia ha sido nulo.*

Características de la utilización del R4:

La utilización que sufre el residente cumple una serie de características:

- Establecida: no se trata de situaciones aisladas, está más o menos establecido o acordado que el residente cubre los huecos: *P11: el hacer uso del residente como SUSTITUTO de cualquier consulta en cualquier momento, incluso como sabéis de bajas de LARGA DURACION tanto de médicos de familia como de pediatras.*

- Persistente: no se trata de situaciones puntuales o periodos de vacaciones, sino repetidas durante todo el periodo de rotación: *P43: se utiliza al R4 la mayor parte de los meses de este último año para la sustitución de cupos.*

- No aceptada: se vive como imposición, va en contra del criterio propio y ocasiona profundo malestar, por el uso como un objeto para "parchear" situaciones deficitarias del centro: P17*: Se nos obliga a realizar sustituciones y a no poder pasar consulta con nuestros tutores.*

Consecuencias de la utilización del R4:

Los participantes señalan las **consecuencias negativas** de la utilización.

1) La principal, es el **déficit formativo** que supone para los residentes. Es el aspecto que señalan como más importante: *P23: Nos utilizan como mano de obra en nuestro centro de salud, sustituyendo a todo el mundo, sin que importe si eso afecta a nuestra formación.*

Explican en qué se concretan los déficits formativos derivados de la utilización:

- No estar tutorizado. El hecho de que el residente tenga que suplir a los profesionales no sustituidos le separa de su tutor y de la posibilidad de ser directamente supervisado por esta figura o ningún otro tutor del centro, rompiendo una de las fortalezas del sistema de formación MIR, muy valorada por los residentes: *P20: ES IMPOSIBLE (doble subrayado) AFIANZAR TUS CONOCIMIENTOS Y FORMACIÓN CON TU TUTOR SI ESTÁS CONTINUAMENTE SALTANDO DE UNA CONSULTA A OTRA, CADA DÍA SUSTITUYENDO A CUALQUIERA QUE FALTA COMO SI FUERAS un médico de la plantilla….No veo a mi tutora. No tengo continuidad ninguna en mi formación.*

- La dificultad de seguir aprendiendo cosas nuevas: el trabajo del residente como sustituto no supervisado impide avanzar en el conocimiento de nuevos contenidos y habilidades. Se reduce la posibilidad de pasar programas y rotar por distintas consultas: P27*: Se nos UTILIZA como sustitutos en los centros,*

Tabla 1. Categorías y subcategorías identificadas referentes a aspectos positivos y negativos del R4

| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | CATEGORÍA | SUBCATEGORÍAS | COMPONENTES |
|---|---|---|---|
| Aspectos positivos del R4* | **Conocimiento de la atención primaria y de la medicina de familia** | Aprender las características definitorias de la atención primaria | Continuidad asistencial<br>Enfoque biopsicosocial<br>Comunicación médico-paciente<br>Prevención y promoción de salud<br>Atención universal |
| | | Aprender la forma de trabajo de la medicina de familia | Atención a patologías frecuentes<br>Conocimiento del cupo<br>Variedad de las intervenciones<br>Priorización<br>Importancia de la consulta<br>Encontrar un estilo propio |
| | Cómo se realiza el aprendizaje | **Importancia del tutor** | Retroalimentación<br>Ejemplo<br>Aprendizaje por observación<br>Interacción, relación |
| | | Aterrizaje de los conocimientos adquiridos | Aplicar-complementar-ampliar |
| | | Características propias del aprendizaje del R4* | Responsabilidad propia.<br>Autonomía, independencia<br>Toma de decisiones<br>Capacidad de respuesta<br>Experiencia<br>Integración en el equipo<br>Seguridad en uno mismo<br>Control emocional |
| Aspectos negativos del R4* | **Utilización del residente** | Déficits de formación | Falta de tutorización<br>Dejar de aprender cosas nuevas<br>Pérdida de continuidad asistencial<br>Dificulta de planificación<br>Restricción de rotaciones externas<br>Formarse en la precariedad |
| | | Consecuencias emocionales negativas | Resignación<br>Desilusión<br>Frustración de expectativas<br>Hartazgo<br>Ambivalencia |
| | | Peor relación entre los residentes | Tensiones |
| | | Repercusiones laborales negativas | Evitar contrataciones<br>Supeditación de derechos laborales |

*R4= Cuarto año de residencia en medicina familiar y comunitaria

*sin la supervisión necesaria, dejamos de realizar programas como son citologías, embarazo o sobre todo cirugía porque tenemos que cubrir las consultas de los adjuntos que están de baja o de vacaciones.*

- Se pierde la continuidad asistencial, que constituye una característica fundamental del trabajo del médico de familia: P34*: perdemos lo que es la longitudinalidad de la*

*atención al paciente (cada día pasamos un cupo diferente).*

- Dificultad de planificación docente. Se dispone del residente sobre la marcha, sin previsión, lo que conlleva gran incertidumbre y supone no poder planificar la actividad formativo-asistencial*: P15: Nosotros, los residentes, hemos estado para cubrir imprevistos, bajas prolongadas,… El ir a trabajar se convierte en un día a día de incertidumbre en el que no sabes qué te van a poner a cubrir.*

- Restricción de las rotaciones externas. Los participantes relacionan la utilización con la falta de apoyo a hacer rotaciones externas, recalcando que debería primarse la formación sobre el "uso" del residente: P32: *Nos usan como un adjunto más del centro de salud. Y si uno quiere pedir una rotación externa para formarse y aprovechar lo que realmente es esto, un contrato de FORMACIÓN, tampoco te lo conceden.*

- Formarse para la precariedad. Se considera que, frente a lo que debería ser la formación del médico de familia, la utilización supone formarse para realizar un trabajo alejado de este modelo que además arriesga gravemente su desarrollo competencial en el futuro. Ya desde el periodo formativo se va asumiendo como normalizada la precariedad: P2:*Pero lo más importante es formarnos como médicos de familia, que implica aprender a llevar un seguimiento de tus pacientes, comenzar el estudio de un paciente y terminarlo, conocer a tus pacientes y establecer una relación basada en el respeto mutuo y la confianza. Un buen médico se puede adaptar a cualquier situación que le depare el futuro, pero si nos formamos para la precariedad, ¿quién va a luchar por una mejora en nuestro futuro laboral?*

2) La utilización del residente tiene importantes **consecuencias emocionales** para los residentes, como son la resignación (P15: *Al final terminamos agachando la cabeza y pensando que para lo que nos queda, aguantamos como sea*), la desilusión (P15: *Comienza a ser una monotonía con la consecuente sensación de desidia y de desilusión.)*, la decepción y frustración de expectativas (P7:*Sin embargo el paso por el centro de salud, para mí, no fue como esperaba, porque la verdad, realicé casi el trabajo de mi tutor o sustituía a los compañeros que faltaban)* y el hartazgo, que lleva al deseo de terminar la residencia (*P15:Llega un momento, a mitad de año prácticamente, que lo único que ocurre es que día a día cuentas los meses que te quedan para terminar y tener la oportunidad de vivir otra situación.*).

Se menciona además como relevante el malestar que produce la ambivalencia entre el deseo de colaborar en la sobrecarga de trabajo de los compañeros y la deslealtad que supone para los que están pendientes de ser contratados, e incluso con ellos mismos en el futuro. Se plantea, así como un conflicto ético de lealtades y de incoherencias que supone un colaboracionismo disonante en cierto modo autodestructivo: P2:*Yo me encontraba en una difícil situación ya que por un lado quieres ayudar a los que son tus compañeros en el centro de salud y que se encuentran saturados de trabajo, pero, por otro lado, sientes que haces un flaco favor a otros compañeros que se encuentran en paro e incluso a ti mismo en un futuro cercano.*

3) La utilización afecta también a la **relación entre los residentes** ya que genera tensiones entre ellos en relación con la sobrecarga, el reparto de tareas y la situación emocional vivida (*P15: Los momentos de encuentro con tus "co-R", se convierten en una tormenta de quejas, reproches, desilusiones, incertidumbre,…).*

4) La utilización tiene también importantes **repercusiones laborales.** La principal es la de "quitar" contratos. Son conscientes de que con sus suplencias están arrebatando posibilidades laborales a compañeros en paro y a sí mismos en un futuro. Además de las consecuencias emocionales ya mencionadas, se reconoce el efecto real a nivel laboral:

P9: *Hay que comenzar a decir que también el contrato del último año de residencia es un contrato de sustituto, tienes la sensación de tirar piedras contra tu propio tejado (dentro de unos meses vas al paro y sabes perfectamente que habrá otros r4 que hagan un trabajo que no les corresponde y que podrían contratarte a ti).*

También se señala la supeditación de los derechos laborales de los residentes a las necesidades de su trabajo como sustitutos: *P20: Mis vacaciones dependen de los huecos que haya que cubrir.*

Atribución causal de la utilización del R4:

Los participantes opinan sobre las **causas de la utilización** a que se ven sometidos.

1) El motivo fundamental que identifican los participantes es el ahorro económico, bien directamente por reducir los contratos, bien indirectamente por mejorar el cumplimiento de los objetivos del contrato-programa, con importante valor de la reducción de gastos de personal, por lo que aumentarían los ingresos de productividad: *P10: Ya en el Centro de Salud, muchísimas veces se hace caso omiso de la formación del residente y se le ve como un perfecto sustituto para bajas en el centro, cobra menos y encima no nos hace perder productividad.*

2) También se expone como un motivo muy relevante el que la dirección del centro pretende "contentar" a los gestores, considerando que pedir sustitutos, está mal visto desde la dirección del distrito y va a requerir enfrentarse a éstos: *P9: que en los tiempos que corren como no contratan sustitutos echan manos de los r4 para solucionar sus problemas por no tener "narices" para enfrentarse a los directores de distritos….. que están más pendientes de tener contento a los de arriba.*

3) Señalan como **responsables** de la utilización del residente a la autoridad clínica (dirección) como ejecutor y a la docente (unidad docente) por permitirla y justificarla: *P9:según el coordinador de la unidad docente (o mejor indecente), los R4 hay que utilizarlos como otros médicos más de la plantilla…..en mi caso mi co-R y yo nos negamos a pasar a consulta y el director de nuestro centro de salud intentó ponernos un expediente.*

También se habla de la utilización del residente por su propio tutor, en el sentido de permitirles cierta flexibilidad laboral: *P11: les interesa tener residentes más por seguir la inercia de años previos y, por qué no decirlo, por la comodidad y flexibilidad de horario que les aporta tener a otro profesional, aunque sea en formación, en su puesto.*

4) Los residentes rebaten el argumento que se les da para justificar la utilización: "entrenarse" en las condiciones de trabajo que se van a encontrar una vez que acaben el periodo de residencia e inicien su actividad laboral: *P2:En ocasiones como R4 me dijeron que estaba bien que nos acostumbráramos a pasar otros cupos (no solo el nuestro) ya que esa es la realidad que nos espera al terminar la residencia: contratos por días, hacer sustituciones cambiando de distrito, de centro de salud e incluso de provincia,* manifestándose en contra por hacerse durante todo el periodo y por los riesgos de formarse en la precariedad en lugar de en los aspectos característicos y definitorios de la medicina de familia.

Qué acepta hacer el R4:

Los participantes se muestran dispuestos a colaborar con la actividad clínica del centro de salud, bajo la motivación de ayudar al equipo*: P16: aporto y ayudo más al centro, a mi tutora y a los demás componentes del mismo.*

Definen aquella actividad que consideran aceptable, como pasar la consulta del propio tutor, siempre diferenciándola de la utilización: P43*: Si bien considero necesario el participar en la actividad asistencial de la consulta demanda de los cupos, veo también que se utiliza al R4 la mayor parte de los meses de este último año a la sustitución de cupos.*

También se manifiesta aceptar sustituciones puntuales que no es lo que en realidad ocurre: *P5: Y que puntualmente y con la planificación correcta, hubiese que cubrir cierto cupo, me sigue pareciendo adecuado, pero por sistema y de manera repetitiva en ciertos periodos, lo considero aún hoy un abuso.*

Consideran esa sustitución como una excepción, porque el residente debe estar dedicado a "formarse como médico de familia", aspecto más valorado por el residente: P2: *Incluso no pasa nada por cubrir a un compañero que se ponga malo un día. Pero lo más importante es formarnos como médicos de familia.*

Otros aspectos negativos del último año de residencia, diferentes a la utilización, señalados por los participantes, incluyen los relativos a la formación recibida en el centro de salud, las críticas a la unidad docente y los sentimientos negativos. Se recogen en las tablas 2 y 3. En éstas se muestran como principales dificultades del R4 en el centro de salud, por un lado las relativas a la actividad asistencial (dificultades para manejar el tiempo de consulta, por la diversidad de motivos de consulta, por las características de los pacientes y la actitud de éstos, dificultad en el manejo de fármacos, falta de protocolización y recursos, por el deficitario funcionamiento de

Tabla 2. Análisis de las categorías Dificultades en la actividad del residente de último año en el centro de salud y Sentimientos Negativos

| CATEGORÍA | SUBCATEGORÍAS | COMPONENTES | *CITAS EJEMPLO* |
|---|---|---|---|
| **Dificultades en la actividad del residente en el centro de salud** | Dificultades en la actividad asistencial | Dificultad para manejar el tiempo de consulta | *P21: Puntos débiles/negativos. El escaso tiempo que tenemos para realizar una correcta anamnesis y exploración física en los escasos 5 minutos de consulta que tenemos por paciente.*<br>*P28: Puntos débiles/negativos. Manejar el tiempo en consulta correctamente.* |
| | | Dificultad por diversidad de motivos de consulta | *P28: Puntos débiles/negativos: Manejar tanta diversidad de motivos de consulta.* |
| | | Dificultad por características de los pacientes | *P29: PUNTOS DÉBILES: Características de la mayoría de los pacientes.* |
| | | Falta de confianza del paciente en la AP | *P29: PUNTOS DÉBILES: La poca confianza del paciente en la atención primaria.* |
| | | Falta de protocolización | *P30: Puntos débiles: Excesiva información a veces no protocolizada que crea dudas a la hora de abordar el manejo del paciente.* |
| | | Falta de recursos | *P30: Puntos débiles/negativos: Falta de recursos a nivel de atención primaria.* |
| | | Dificultad del manejo de fármacos | *P28: Abarcar gran cantidad de tratamientos, marcas comerciales.* |
| | | Mucha patología banal | *P29: PUNTOS DÉBILES: Mucha patología banal.* |
| | | Déficits en los sistemas informáticos | *P30: Mejora en los sistemas informáticos (rapidez y programas).* |
| | | Carga laboral | *P56: Este último año ha sido un año con más carga laboral, asistencial* |
| | Problemas formativos | Poco tiempo con el tutor en consulta | *P5: En cuanto a la experiencia del rotatorio en mi consulta y en relación a mi tutor, considero oportuno este tiempo, que por otros motivos queda mermado.* |
| | | Menor ritmo de adquirir conocimientos<br>Ralentización del aprendizaje. | *P40: tengo la sensación que la adquisición de conocimientos y habilidades no es tan exponencial como de R pequeña, y ese es mi mayor punto negativo del último año.* |
| | | Poco tiempo en el centro de salud | *P34: Pasamos poco tiempo en el centro de salud, nuestra especialidad se desarrolla en Atención primaria mayormente pero las rotaciones están organizadas de manera que pasamos mucho más tiempo en rotaciones hospitalarias que en el centro de salud. Además, entre salientes, cursos, etc... casi no pasamos tiempo en el centro de salud.*<br>*P34: la estancia en el centro de salud de R4 se queda muy corta.* |
| | | Falta de control de situaciones clínicas | *P36: Agobio por todo el mundo creer que vas a manejar situaciones que no controlas realmente.* |
| **Sentimientos negativos**<br><br>Sentimiento global de inutilidad del último año:<br>*P4: solo puedo decir que este último año ha sido nefasto y una pérdida de tiempo* | Por falta de salidas laborales<br><br>*P28: PUNTOS DÉBILES: Falta de salidas laborales* | Estrés | *P14: El estrés al final por la escasez de oferta laboral decente y apropiada a una formación tan larga se lleva mejor en grupo.* |
| | | Incertidumbre | *P38: La palabra que definiría mi estado actualmente es incertidumbre sobre el devenir próximo, laboralmente hablando.*<br>*P36: Tienes miedo a lo que te vas a encontrar.* |
| | | Tristeza, desamparo, desilusión | *P34: También te sientes desamparado al estar trabajando mucho en el centro de salud e implicado en muchos proyectos pero al final "acabar en la calle".*<br>*P15: Terminar la residencia y no saber a dónde ir ni qué hacer, después de cuatro años de formación, es triste.*<br>*P15: Esto implica que se formen residentes mediocres sin ilusión, ya que sabes que cuando terminas el periodo de formación vas a terminar en el paro, con un sueldo mínimo. Y si consigues trabajar, vas a tener un sueldo mucho menor a otros profesionales a los que no se les exige esta gran cualificación que supone nuestra carrera profesional.*<br>*Sin embargo, luego se nos llena la boca diciendo que nuestros sanitarios son muy valorados en el resto de Europa, pero no los valoramos aquí en España, en Andalucía.* |
| | | Destierro, desvalorización | *P15: Y ves que en otros lugares de Europa te acogen con los brazos abiertos, mientras aquí te cierran todas las puertas. Te das cuenta que una vez terminas, nadie se acuerda de ti o como mucho te dan una palmadita en la espalda.* |
| | | Desaprovechamiento de la formación recibida | *P32: Por tanto el punto fuerte es tener tiempo para formarte correctamente de cara al mundo laboral cuando acabas y el punto débil es que al final esto precisamente no se puede poner en práctica* |
| | En relación con déficits formativos | Por lagunas de conocimiento. | *P3: Cuando terminé la especialidad tenía (y tengo) la sensación de que me quedan aún muchas cosas que aprender. Estoy segura que cuando la especialidad duraba tres años, también mis compañeros tenían la misma sensación.* |
| | | Se da por cerrada la formación | *P6: El cuarto año de residencia es cuánto menos un poco extraño. Extraño porque a veces te tratan como médico especialista ya totalmente formado, pero en realidad no te sientes como tal.*<br>*P15: En cuanto al hospital, nadie se toma un tiempo en enseñarte nada nuevo, ya que suponen que eres r4* y ya debes saberlo todo, ya que dentro de nada vas a ser adjunto. Esto te genera un sentimiento de inseguridad y por otro lado de tristeza. Te das cuenta de que terminas la residencia y hay muchas técnicas que no dominas, porque nuestro sistema de formación depende de que haya un profesional que quiera tomarse un momento para enseñarte.* |

Tabla 3. Análisis de las críticas a la unidad docente y citas ejemplo

| CATEGORÍA | SUBCATEGORÍA | COMPONENTES | *CITAS EJEMPLO* |
|---|---|---|---|
| **Críticas a la Unidad Docente**<br><br>*P1: Creo que desde la UD MFyC**de Málaga, al igual que casi todas las UD de MFyC de Andalucía la capacidad de mejora es mayúscula.*<br><br>*P5: Sobre la labor aportada por la unidad docente, decir, que tantas tardes tuve la sensación de haber perdido el tiempo, y esta no es una crítica gratuita, tras dos años de haber finalizado la residencia, la visión y la perspectiva que hoy tengo en más general y enfocada a lo que realmente me fue útil como herramientas para poderme valer por mí misma en mi profesión.*<br><br>*P11: FALTA DE INTERÉS REAL POR LA FORMACIÓN DESDE LA UNIDAD DOCENTE.* | Críticas al sistema evaluativo: no discrimina. | Siempre se pasa | *P5: También reseñar mi disconformidad sobre la metodología para llevar a cabo la evaluación de 4º año, un sistema tan subjetivo y mediatizado, que a fin de cuentas "con pasarlo basta". No considero que sea una buena estrategia, no conozco de otros sistemas, pero sí considero que un médico al que se le autoriza poder tras 4 años trabajar con su titulación y con independencia, debe tener una evaluación certera sobre conocimientos y habilidades básicas adquiridas, como para otorgarle esta titulación.* |
| | | Todos somos igual.<br>Falta de valoración de otros méritos | *P15: Hayas hecho lo que hayas hecho durante la residencia. Todos somos igual.*<br>*P15: en este sistema si te sigues formando y haces másteres, cursos, doctorados… es por amor propio. Ya que al final todos terminamos la residencia y de la misma manera y no se valora el esfuerzo que haces yendo a congresos, realizando proyectos de investigación, haciendo doctorado,…* |
| | Déficits en la formación clínica | Delegación de la formación y fallo en ésta | *P46: Formación muy deficitaria a nivel médico por parte de la unidad docente, siendo este trabajo relegado a los tutores de centro de salud, no siendo en algunos casos capaces de transmitir su sabiduría al residente.* |
| | Críticas a los cursos | Cursos inaplicables | *P10: Con respecto a la Unidad Docente, los cursos que imparte son en muchos casos inaplicables en la práctica clínica diaria, sobre todo al principio de la formación, no son nada prácticos.*<br>*P10: Sobre la labor aportada por la unidad docente, decir, que tantas tardes tuve la sensación de haber perdido el tiempo, y esta no es una crítica gratuita, tras dos años de haber finalizado la residencia, la visión y la perspectiva que hoy tengo en más general y enfocada a lo que realmente me fue útil como herramientas para poderme valer por mí misma en mi profesión. Y con esa visión que los trabajos que hicimos cada año, no se plantean con un enfoque real a lo verdaderamente útil.* |
| | | Cursos obsoletos | *P1: Talleres obsoletos, poco actualizados. Alguno de ellos utiliza la misma presentación que hace años* |
| | | Docentes no clínicos | *P9.intentar enseñarte como tienes que pasar una consulta personas que no recuerdan lo que es un enfermo, que serán médicos de títulos pero administrativos de profesión que se tiran todo el día con la mirada en frente de un ordenador.* |
| | | Docentes no motivadores | *P1: Profesores que dominarán conocimientos pero transmiten escasa ilusión* |
| | | Prioridad de cursos no clínicos sobre los clínicos | *P17: Exceso de formación en medicina basada en la evidencia.*<br>*P23: La MBE* y la estadística están bien pero no son todo.*<br>*P26: Pocas sesiones clínicas de formación y demasiados protocolos e investigación.*<br>*P17: No se realizan cursos con actividades clínico-médicas.*<br>*P23: Hacen falta muchos más cursos, en horario laboral a ser posible sobre cosas aplicables a la clínica* |
| | | Horario de los cursos fuera de la jornada | *P35: Realización de cursos formativos en la Unidad Docente fuera del horario laboral de mañana.* |
| | Falta de respaldo a rotaciones externas | | *P47: Y otra cosa que me gustaría es sentir más respaldo a la hora de intentar tramitar una rotación externa. En ocasiones da la sensación de que desde la unidad docente no se promueve suficiente.*<br>*P6: Eché de menos que existiera una rotación libre organizada y protocolizada; creo que tendría que ser obligatorio rotar dentro del cuarto año a donde quisiéramos.*<br>*P4: mi nivel de docencia ha sido nulo, por no hablar de las escasas rotaciones externas permitidas y ninguna ofrecida.* |
| | Falta de orientación hacia las salidas laborales | | *P1: Escasa orientación hacia el mercado laboral. En el último año se podrían hacer talleres sobre salidas laborales, o al menos tener un mayor compromiso con la Medicina de Familia.*<br>*P18: puntos débiles: Poca orientación laboral.*<br>*P37: puntos débiles: La falta de información desde la Unidad Docente ante la orientación profesional una vez que finaliza nuestra residencia.*<br>*P46: no se aprecia apoyo alguno por parte de la unidad docente, ni en asesoramiento, ni en afrontamiento de problemas a nivel de la salida profesional.* |

*MBE= Medicina Basada en la Evidencia
**Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria

los sistemas informáticos y por la carga laboral). Como principales problemas formativos identifican el poco tiempo en consulta con el tutor, y en el centro de salud en general, la ralentización que se va produciendo en el aprendizaje y la falta de control de situaciones clínicas determinadas. Respecto a los sentimientos negativos, se refieren a la preocupación por la falta de salidas laborales, que genera estrés, incertidumbre, desilusión y por apreciar déficits formativos que ya

no se pueden completar. La crítica a la Unidad Docente se centra en el sistema evaluativo poco discriminatorio, en los cursos poco prácticos y en la falta de apoyo percibida en cuanto a rotaciones externas y falta de orientación hacia las salidas laborales.

## 2. Aspectos positivos del último año de residencia

**a) Conocimiento y vivencia de la atención primaria y la medicina de familia**.

En cuanto a los aspectos señalados como positivos del último año de residencia, los participantes destacan como categoría central el conocimiento de las características definitorias de la atención primaria y de la forma de trabajo de la medicina de familia, mediante la propia experiencia.

P8: *Conoces por primera vez en toda la residencia cómo funciona la atención primaria. Conoces a tu cupo, conoces sus problemas fundamentales no solo médicos, sino también emocionales y sociales. Ves a los pacientes un día y otro y pretendes mejorar su situación, viendo como a veces lo consigues y lo gratificante que esto resulta. A veces no mejoras su situación médica pero le das apoyo y confianza. Creo que la atención primaria es el sitio idóneo para crear esta relación médico-paciente y que en otro ámbito difícilmente se puede conseguir. Sólo de R4 llegas a poder valorar lo que es ser médico de familia y la labor que puede llegar a tener….. Todo esto solo se puede vivir en atención primaria y en la residencia siendo R4.*

1) Respecto a las **características definitorias de la atención primaria** se identifican los siguientes componentes:

- **Continuidad asistencial**: los residentes experimentan la utilidad del seguimiento continuado de pacientes y la satisfacción de conseguir una evolución favorable de sus problemas de salud: *P24: Oportunidad de aprender continuidad asistencial siguiendo a pacientes de un mismo cupo.*

- **Enfoque biopsicosocial**: se entiende la atención global a las personas en los aspectos físicos, psicológicos y sociales en la práctica profesional cotidiana de la consulta: *P21: La integración bio-psico-social del paciente desde la consulta, lo importante de conocer su entorno y cómo influye a la hora de valorar la enfermedad.*

- **Comunicación médico-paciente:** la relación con los pacientes es valorada como un punto fuerte del R4 y el feed-back positivo que se recibe de ellos es fuente de gran satisfacción para el residente: *P15: pacientes que te arrancan una sonrisa y te hacen sentir bien, que te dan las gracias por estar ahí en un momento determinado.*

- **Prevención y promoción de salud**: los participantes valoran como un aspecto constitutivo de la atención primaria las actividades preventivas y de promoción de la salud: P8*: conoces los programas de prevención y promoción de la salud, como el de riesgo cardiovascular, como el de incapacitados, como el de cáncer de cérvix, también apoyas a los que quieren dejar el tabaco, a los que quieren perder peso.*

- **Atención universal:** se expone como un valor la atención a todas las personas, sea cual sea su edad, condición o problema de salud: *P30: Capacidad de respuesta a la mayoría de las demandas.... de toda la población (ancianos, adultos, mujeres, hombres, patologías, niños, lactantes).*

2) Respecto a la **forma de trabajo de la medicina de familia** los participantes identifican las siguientes características:

- Atención a **patologías frecuentes**. El R4 señala como positivo aprender a atender a patologías habituales y las distintas formas de abordarlas: *P21: El aprendizaje de la patología más habitual y frecuente en la consulta y las diferentes formas de realizar la orientación del tratamiento.*

- **Conocimiento del cupo**. Los participantes destacan la importancia del seguimiento de un cupo de población asignado y la relación bidireccional que se establece con ellos: *P9: comienzas a saber lo que es un cupo, a que te reconozcan los pacientes, a conocerlos y saber de sus inquietudes y enfermedades, a tratarlos y a recibir el reconocimiento por parte de ellos.*

- **Variedad de las intervenciones**. Se valora como importante para el R4 "vivir" la atención a una gran diversidad de pacientes y situaciones clínicas: *P8: conoces a tus embarazadas, animas a los deprimidos y a los demenciados, detectas*

*los casos urgentes y vienen después de un ingreso recuperados. Todo esto sólo se puede vivir en atención primaria y en la residencia siendo R4.*

- **Priorización:** Se entiende necesario priorizar como parte del aprendizaje del R4 en el contexto del trabajo cotidiano en el centro de salud: P20*: Priorizas más en tu trabajo, en qué invertir el tiempo y recursos.*

- **Importancia de la consulta**: El R4 entiende que es el escenario "natural" y el centro de la actividad del médico de familia, donde desembocan todos los "caminos" de su formación: *P22: MEJORA EN EL DESARROLLO DE LA CONSULTA (ENTREVISTA CLÍNICA, RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO).*

- **Encontrar un estilo propio:** Se define como aspecto a aprender y practicar durante el R4 el encontrar una forma propia de "ser" médico de familia: *P2:Poco a poco vas adquiriendo tu propia personalidad como médico de familia y es en el último año cuando más lo llevas a la práctica.*

**b) Cómo se realiza el aprendizaje en el R4**

También emerge en el análisis una categoría sobre **cómo se adquiere el conocimiento** en el último año de residencia.

Valor de la tutorización.

El principal aspecto señalado por los participantes es la **importancia del tutor.** Los residentes hacen mucho hincapié en el papel del tutor en la formación del R4. El valor de la tutorización se concreta en determinadas formas específicas de ejercerla que son las que la hacen tan importante para la formación del residente:

- **Retroalimentación**. El residente valora el efecto de recibir del tutor el *feed back* del trabajo realizado: *P14: Por esto, es muy importante haber practicado bajo el ojo experto de nuestros tutores y haber recibido un, feed-back de ellos.*

- **Ejemplo**. Se pone en valor el tutor como ejemplo a seguir en la práctica profesional: *P14: Elegir un buen ejemplo de trabajo a seguir y llevarlo a cabo es una decisión personal y si tienes la suerte de que te aconsejen bien, probablemente disfrutes como yo de tus últimos meses como residente.*

- **Observación**. Los participantes aprenden de observar el comportamiento de los tutores en la consulta, que consideran un espacio "íntimo" que el tutor comparte, como una entrega y una especie de "dejarse conocer" que se considera como un acto de generosidad del tutor: *P2: además, nos dejan invadir la intimidad de su trabajo y permiten que observemos su forma de enfrentarse a cada situación y su forma de resolverla.*

- **Interacción**. La relación y contacto con el tutor supone una gran aportación al aprendizaje en el R4. Es un trabajo conjunto, de proximidad física en el principal escenario de aprendizaje: la consulta: *P21: Puntos fuertes/positivos: El trabajo de codo a codo con mi tutora (nombre y primer apellido de la tutora), excelente profesional y persona, preocupada por sus pacientes. P23: Pasamos un año en consulta (supuestamente) con nuestro tutor, que es donde más se aprende.* En la expresión "supuestamente" se incluye el choque entre el valor que se da a estar tiempo con el tutor en consulta y la imposibilidad de hacerlo debido a la utilización.

Los residentes no hacen referencia solo a la importancia de "su" tutor sino de los demás tutores del centro, extendiendo el beneficio de su papel a aprender distintas formas de ejercer la medicina de familia: *P2: creo que está bien pasar consulta con otros médicos del centro de salud (no solo con tu tutor) porque cada uno nos puede aportar algo distinto.*

Este aspecto no va en contra de la importancia del tutor sino al contrario, redunda en su relevancia, que va más allá de la personalización en alguien concreto sino en la figura como tal y su papel en el aprendizaje del residente.

Aterrizaje de conocimientos.

Un aspecto definitorio del R4 para los residentes es el efecto de **"aterrizaje" de los conocimientos adquiridos** durante todo el periodo de residencia. Lo describen como un proceso en el que se combinan la aplicación y la ampliación de conocimientos y habilidades, es decir, se

realiza una confluencia entre lo que se "trae" y lo que se "recibe": el conocimiento previo se complementa, amplia y modifica durante el trabajo de R4 en el centro de salud, "aprendiendo sobre lo aprendido": *P8: También de R4 asientas los conocimientos adquiridos en todas las rotaciones y los pones en práctica. En las rotaciones te da tiempo a ver algún caso de cada patología, pero en primaria ves una y otra vez múltiples casos de las patologías más frecuentes; P16: aprendo sobre lo aprendido en las distintas rotaciones efectuadas y su aplicación en la atención primaria en consulta.*

Aunque se reconoce que se amplían conocimientos, el ritmo de adquisición se considera más lento, y eso es valorado negativamente: *P40: Como punto negativo, quizás los últimos meses se hacen un poco largos, quizá tengo la sensación que la adquisición de conocimientos y habilidades no es tan exponencial como de R pequeña, y ese es mi mayor punto negativo del último año.*

Una vez más se produce el choque entre los aspectos negativos y lo que se considera positivo en el R4, el completar el aprendizaje se ve frustrado por la utilización del residente: *P32: es el idóneo para aprender todo lo que nos falta antes de terminar y profundizar en las áreas que más nos interesan, aunque después la realidad es otra. Nos usan como un adjunto más del centro de salud. Al menos en mi caso no tengo la oportunidad de rotar por distintas consultas porque solo estoy disponible para pasar los cupos de los médicos que faltan.*

Características del aprendizaje en el R4

Otra categoría definitoria de aspectos positivos del R4 es la referente a las **características propias del aprendizaje** en el último año de residencia, entre las que destacan:

- **Responsabilidad** propia: se valora positivamente la adquisición progresiva de responsabilidad en el trabajo como médico de familia: *P13: Es un año que vamos creciendo a la hora de toma de decisiones y de responsabilidad.*

- **Autonomía, independencia:** se hace referencia a la importancia de la "emancipación" de la actividad tutorizada, de forma progresiva: *P14: Mi cuarto año de la residencia fue el año de la "emancipación"; por suerte mi tutora ya me había dado la oportunidad, prácticamente desde el primer año de aportar mi opinión, tener criterio, tomar responsabilidades y decidir por mí misma.*

- **Toma de decisiones**: El residente considera un valor del R4 la toma de decisiones y la iniciativa propia, en dos vertientes: capacidad (mayor conocimiento) y oportunidad (libertad supervisada)**:** *P30: Puntos fuertes: Capacidad de decisiones médicas***;** *P35: Libertad en la toma de decisiones ante pacientes que pueden comentarse con el tutor responsable.*

- **Capacidad de respuesta:** el R4 se considera más capacitado en el último año de residencia, sobre todo en cuanto a diversidad de situaciones a atender: *P30: Capacidad de respuesta a la mayoría de las demandas… capacidad de abarcar..... (centro de salud, urgencias hospitalarias).*

- **Experiencia:** destacan que es el momento de poner en práctica toda la experiencia adquirida en todo el tiempo anterior de la residencia: *P28: Experiencia adquirida durante los 4 años gracias a todos los pacientes atendidos, guardias realizadas...*

- **Integración en el centro de salud:** los participantes señalan como relevante su inclusión en el equipo, el sentimiento de pertenencia y el efecto positivo del buen clima de trabajo: *P15: La llegada al centro de salud supone volver al lugar donde pasas la mayor parte de tu residencia y por primera vez sientes que has vuelto a "tu servicio". Durante el periodo de rotación hospitalaria escuchas a tus compañeros hablar de su servicio y por primera vez en mucho tiempo vuelves a formar parte de un equipo y de un servicio.*

Los participantes también resaltan la **adquisición de competencias emocionales** importantes para la práctica asistencial en el último año de residencia:

- **Seguridad en uno mismo:** la apreciación de una mayor capacidad supone tener más seguridad en la actividad clínica y más asertividad en la comunicación con el paciente: *P23: Te das cuenta lo mucho que has aprendido estos años y eres un médico con más seguridad en ti mismo.*

- **Control emocional:** el residente destaca también la capacidad de autocontrol emocional, consciente de la necesidad de hacerlo para el ejercicio de la medicina de familia: *P36: Tienes*

*más control de tu estado de ánimo o del nerviosismo y agobio.*

Por último, los participantes señalan otros aspectos positivos concretos (rotación rural, mejora económica, técnicas como infiltraciones o cirugía menor), entre los que destaca la buena relación de los residentes entre sí, que es gratificante en cuanto a sentirse valorado y que hace más llevadero el estrés final de la residencia: *P14: El estrés al final por la escasez de oferta laboral decente y apropiada a una formación tan larga se lleva mejor en grupo. La "terapia" con compañeros de trabajo sobre pacientes, problemas y papeleo es fundamental; P36: Te valoran más en general como médico y como compañero.*

Respecto a las **propuestas de mejora** los participantes ofrecen alternativas a aspectos muy concretos que se recogen en la tabla 4 y se dirigen a la Unidad Docente, tanto en aspectos formativos como de organización, al centro de salud y al hospital.

La revisión por los participantes modifica el informe preliminar en los siguientes aspectos:

El informe se considera completo y preciso y que refleja las realidades expresadas por los participantes.

Como aspectos a **destacar**, se manifiesta total acuerdo con la importancia de la utilización del residente, matizando que lo frecuente y habitual de esta situación hace pensar que el prolongar un año más la formación sea la excusa para establecer de forma encubierta la presencia de un profesional "comodín" en el centro.

Se resalta la importancia de la pérdida de continuidad asistencial como déficits formativo consecuencia de la utilización, especialmente importante para el R4, que debe tener la oportunidad de "llevar un cupo", se dice expresamente: Revisor 3: *"con el difícil panorama de la estabilidad laboral para los jóvenes médicos de familia en atención primaria, quién sabe cuántos años pasarán hasta que puedan volver a "tener un cupo"*.

Se enfatiza como consecuencia importante de la utilización el formarse en la precariedad y el irla asumiendo ya desde la residencia.

Entre los motivos para utilizar al residente como sustituto, se resalta el de contentar a los gestores: se considera mejor director el que menos sustitutos necesita, y el de "prepararse" para lo que les espera al terminar, manifestándose en contra de ese entrenamiento en condiciones de trabajo precarias.

No obstante se matiza que los déficits formativos del R4 no se deben solo a la utilización sino a otros muchos aspectos.

Se resalta que la adquisición de responsabilidades durante la residencia debe ser progresiva y en aumento, para ser completa o casi completa al final de la misma, evitando llegar al R4 con poca capacidad de asumir responsabilidades.

Destacan también la existencia de sentimientos encontrados ante la utilización así como lo que afecta ésta a la relación entre los R4 por agravios comparativos y diferentes posiciones frente a la utilización: "*destacaría los conflictos que puedan surgir entre quienes deciden "pasar por el aro" cubriendo consultas cuando no les corresponde esa tarea, y quienes optan por ser leales a sus principios y no hacerlo*"(Revisor 5).

Respecto a los sentimientos al final de la residencia se destaca el miedo al cambio, la incertidumbre del mundo laboral y "*el tener que continuar el camino solo en este mundo hostil, después de estar 4 años protegido*" (Revisor 4) .

Se reconocen en la actitud de indefensión aprendida con la que se llega al final de la residencia.

Se destaca también de la figura del tutor el papel de éste como ejemplo en cuanto a compartir espacios "íntimos" de trabajo, también el que cumplían algunos de ellos de protección del residente frente a la utilización y se le propone como un "freno" frente a las presiones de la dirección y como mediador con la unidad docente para transmitir la sobreutilización del residente.

Se está muy de acuerdo con las características de aprendizaje del R4 (responsabilidad, autonomía, toma de decisiones) y se destaca lo gratificante de verse crecer como profesional.

Se hace hincapié en la pérdida de tiempo que suponen algunas rotaciones hospitalarias: "*rotaciones que haces de macetero*" (Revisor4) y como se pedía orientación e información sobre los tutores a residentes de familia de años superiores.

También se vuelve a destacar la poca utilidad práctica de los cursos de la Unidad Docente.

## Tabla 4. Propuestas de mejora de los participantes

| ÁMBITO | PROPUESTAS | CITAS EJEMPLO |
|---|---|---|
| UNIDAD DOCENTE (FORMACIÓN) | Talleres sobre bolsa de trabajo.<br>Talleres sobre salidas laborales.<br>Mejorar los cursos de prevención y comunitaria<br>Más cursos clínicos<br>Formación en SPSS<br>Separar como especialidades medicina de familia y urgencias. | *P5: Igualmente considero que una formación y conocimientos básicos sobre programas como SPSS, manejo de la bolsa de trabajo o ciertas directrices sobre posibles salidas o futuro laboral serías de gran ayuda.*<br>*P1: En el último año se podrían hacer talleres sobre salidas laborales, o al menos tener un mayor compromiso con la Medicina de Familia*<br>*P44: Se deberían mejorar los cursos de prevención en el área comunitaria.*<br>*P23: Hacen falta muchos más cursos, en horario laboral a ser posible sobre cosas aplicables a la clínica. La MBE* y la estadística están bien pero no son todo.*<br>*P4: medicina de familia y urgencias deberían estar separadas. Especialidad ya.* |
| UNIDAD DOCENTE (ORGANIZACIÓN) | Rotación de R4 por pediatría.<br>Rotación extra.<br>Reajuste duración rotaciones.<br>Modificar guardias.<br>Autogestión de rotaciones.<br>Reducir la rotación de R1 y aumentar R4.<br>Rotación de salud mental en el centro de salud. | *P12: ampliaría es en el último año de nuevo una rotación: en pediatría (1-2 meses), puesto que hay mucho trabajo en este campo. P38: No obstante creo que habría que hacer un reajuste en cuanto a la duración de algunas rotaciones tales como psiquiatría (muy extensas) y sin embargo otras se hacen muy cortas para la gran patología que abarcan (digestivo, cardiología...)*<br>*P31: como propuesta estar únicamente 2 o 3 meses de R1^para tomar contacto y decidir qué quieres y necesitas aprender durante las rotaciones hospitalarias y posteriormente volver de R3 para estar al menos 1 año y medio de forma continuada con tu tutor en tu centro*<br>*P40: modificaría la distribución del número de guardias, de R4 suprimiría las del DCCU**, ya que llevamos 3 años realizando el mismo trabajo, y cargaría el número de horas a expensas de las guardias hospitalarias y el 061.*<br>*P3: Creo que debería haber mayor libertad a la hora de gestionar las rotaciones y que cada residente pudiese aumentar su formación en las áreas que considera importantes o en las que tiene mayor déficit.*<br>*P5: centrar un rotatorio más exclusivo en las consultas de psicología o psiquiatría centradas y abordadas en el centro de salud.*<br>*P12: y también otra rotación en alguna especialidad que en el último año veas que es más útil para terminar tu formación.*<br>*P5: En cuanto a mi rotación en USM***, si sirvieses de opinión, considero excesiva la duración de 3 meses, una vez finalizada mi residencia y objetivizar el alcance de patologías psiquiátricas que manejamos, mejor consideraría, centrar un rotatorio más exclusivo en las consultas de psicología o psiquiatría centradas y abordadas en el centro de salud. Siendo un abordaje más próximo al que nosotros haremos en consulta.* |
| CENTRO DE SALUD | Conocer la motivación de los tutores.<br>Planificación de sesiones y casos.<br>Sesiones clínicas sobre patologías frecuentes.<br>Grupos de trabajo en el centro de salud. | *P11: Se debe de indagar en la motivación que tienen los tutores que cada año se presentan para ser elegidos como ¨guías¨ de nuestra formación en los próximos 4 años. Creo que deberían de tenerse en cuenta la experiencia que sus residentes tienen con ellos para ver si siguen siendo buenos candidatos para seguir formando nuevas generaciones o si por el contrario les interesa tener residentes más por seguir la inercia de años previos y, por qué no decirlo, por la comodidad y flexibilidad de horario que les aporta tener a otro profesional, aunque sea en formación, en su puesto.*<br>*P11: sería interesante valorar el número de residentes que han de escoger cada centro de salud por la implicación que toman los tutores más que por la ´fama´ del centro en cuestión,*<br>*P5: Como residentes considero que la labor didáctica, el preparar sesiones, casos clínicos...habría que potenciarla y elaborar una planificación en la que como residentes de manera continua haya una base sobre este aspecto, ya que es el periodo propio para elaborar este tipo de trabajos.*<br>*P41: sesiones clínicas en relación a las patologías más frecuentes en los centros de salud en las que los R4**** podamos poner en común nuestras actuaciones y actualizaciones.* |
| HOSPITAL (ROTACIONES) | Tutor hospitalario con menos carga asistencial.<br>Carga asistencial en rotaciones hospitalarias<br>Protocolizar el aprendizaje de técnicas.<br>Repasar con tutor hospitalario el programa<br>Mejorar habilidades técnicas hospitalarias. | *P10: se limitan a sentarte en una silla al lado del médico que pasa consulta que en muchas ocasiones no tiene tiempo ni ganas de explicarte nada, lo lógico sería que estar personas atendieran menos pacientes para poder explicarte más cosas,*<br>*P10: además el residente de MFYC***** debiera tener carga asistencial supervisada por ese doctor.*<br>*P10: incluiría la de que juntos, residente y supervisor, repasasen el programa de formación del residente y velaran por su cumplimiento*<br>*P41: A nivel hospitalario se debería mejorar en las habilidades técnicas.*<br>*P15: aquellos conocimientos que suponen la realización de una técnica sobre un paciente debería estar mejor protocolizada la enseñanza.* |
| HOSPITAL (GUARDIAS) | Pases de guardia en común. | *P11: Sería muy didáctico el hacer de forma reglada los PASES DE GUARDIA EN COMÚN: adjuntos de guardia-residentes-enfermería, donde se pongan de manifiesto cómo se ha actuado y de forma CONSTRUCTIVA, una vez pasada la situación, valorar si se podría haber mejorado la actuación y cuáles son los siguientes pasos a tomar.* |

*MBE= Medicina Basada en la Evidencia
**DCCU= Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias
***USM= Unidad de Salud Mental
****R4= Residente de cuarto año de medicina familiar y comunitaria
*****MFYC= Medicina Familiar y Comunitaria. ^R1= Residente de primer año de medicina familiar y comunitaria

Entre los aspectos positivos resaltar la importancia del buen ambiente en el centro de salud.

Como **aportaciones** no incluidas: que cuando se habla de la importancia para el r4 de aprender la forma de trabajo de la medicina de familia, se incluya la importancia de la atención domiciliaria además de la consulta. También proponen incluir aquí la atención comunitaria.

La importancia del tutor como "ejemplo" se beneficia de rotar con varios tutores.

Se añadiría a las causas de la utilización la oposición firme del propio tutor, quien es el responsable directo de la formación del Residente.

Como aspectos de **desacuerdo** están la no identificación con el deseo de terminar la residencia expresada por algunos participantes, sino más bien de prolongarla para completar los déficits formativos.

El equipo investigador puede incluir subjetividad en el informe. Para reducir este sesgo y salvaguardar el proceso inductivo se realizó un relato recogiendo la opiniones de los investigadores ante de empezar el estudio a fin de ser analizado una vez concluida la investigación. El resumen de estos escritos del equipo investigador se recoge a continuación:

*Los relatos de investigadores que son residentes y ex residentes recientes en el momento del estudio coinciden con los resultados de los participantes en la investigación.*

*La investigadora tutora de centro de salud se centra en aspectos negativos relacionados con la utilización y en propuestas de mejora respecto a ésta, sin mencionar aspectos positivos.*

*Los relatos de las investigadoras técnicas de la U Docente incluyen otros aspectos no mencionados por los participantes:*

- *La investigación, la falta de repercusión en ésta del cuarto año.*
- *La variabilidad docente.*
- *La responsabilidad del tutor en asumir las actividades impuestas al residente y en la forma en que aprende el residente. La existencia de "pactos" tutor-residente-dirección.*

*En algunos casos se hace referencia a aspectos positivos del R4 que supone visiones opuestas a las mencionadas por los participantes:*

- *Ampliación de rotaciones externas.*
- *Mejor distribución de los cursos que en años previos.*

## DISCUSIÓN

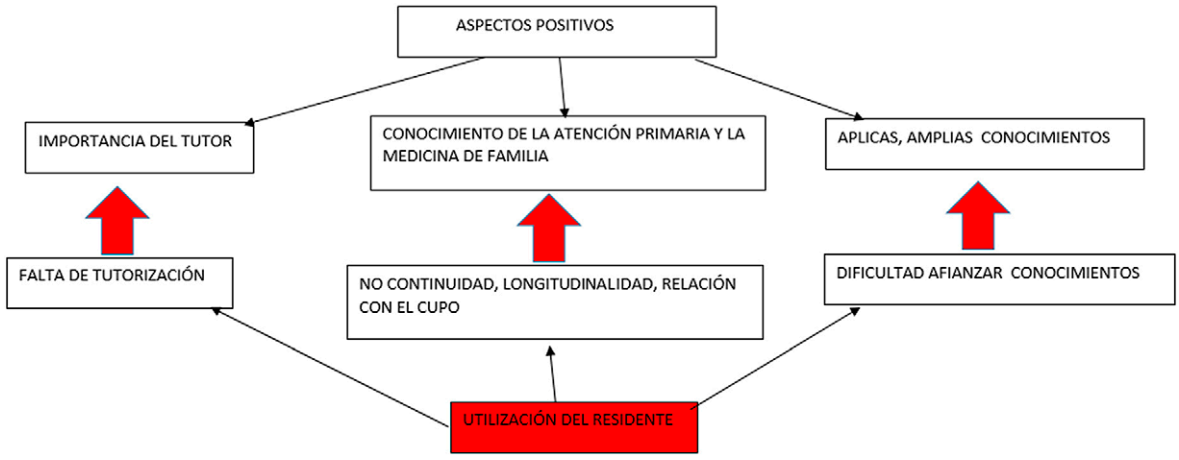
Los participantes manifiestan como aspectos positivos fundamentales del R4 el conocimiento de la medicina de familia y la atención en primaria en sus fundamentos definitorios y específicos[27,28] (enfoque biopsicosocial, continuidad asistencial, prevención y promoción, comunicación médico-paciente, cobertura universal) y destacan como puntos clave la forma de trabajo propia del médico de familia (conocimiento del cupo, priorizar las intervenciones, variedad de situaciones atendidas) y en los aspectos formativos, la importancia de tutor (ya señalada por los residentes mediante encuesta en el estudio de Lucas, 2012)[3]y la forma en que se aplican y complementan nuevos conocimientos durante el último año.

Van "repasando", sin proponérselo, los fundamentos de la atención primaria y el guion de los que son sus características fundamentales, así como el método de trabajo en medicina de familia, denotando que están presentes en sus intereses formativos y que "entienden" y valoran qué es la especialidad. Y justo son también estos aspectos los que más manifiestan como consecuencias de la utilización del residente, señalada como principal característica del último año de residencia. Es decir, los residentes de último año se enfrentan a un choque de coincidencia entre lo más valorado y lo más perjudicado, produciéndose una gran frustración de sus expectativas de aprendizaje (Figura 1).

Otros estudios cualitativos sobre la formación del residente desde su perspectiva, coinciden en señalar como importante la utilización a la que se ven sometidos, definiéndose a sí mismos como "tapones de servicios"[29].

Este hecho genera malestar psicológico en el residente, expresado por la disonancia entre lo que se

Figura 1. Modelo resumen




ve obligado a hacer y lo que realmente cree que le corresponde, desea y espera hacer. La teoría de la disonancia cognitiva[30] explica cómo las cogniciones contradictorias en un sujeto producen un estado de tensión psicológica, que motivará al sujeto a realizar alguna acción para reducir o suprimir dicha tensión. La disonancia puede ocurrir por varias razones: a) cuando no se cumple una expectativa, b) cuando existe conflicto entre los pensamientos y las normas, c) cuando existe conflicto entre las actitudes y la conducta. Cuanto mayor es el número de elementos conflictivos o disonantes, mayor resulta la disonancia total.

En este caso son varios los elementos disonantes: frustración de expectativas, conflicto entre lo que tiene que hacer (labores de otros médicos) y lo que cree que tiene que hacer (seguimiento de su cupo, actividades en domicilio, preventivas, programas…), conflicto entre el papel reconocido al médico de familia (continuidad asistencial, enfoque biopsicosocial…) y la tarea real que desempeña ("salto" por diferentes consultas tapando huecos). A estos elementos disonantes se añade el enrarecimiento de las relaciones entre los residentes (por sentir agravios comparativos en las cargas de trabajo).

En este contexto, se dan las condiciones de riesgo de *burnout* para el residente (Maslach)[31], más marcado en lo que se refiere a los conflictos de valores, falta de control y sensación de injusticia.

Este aspecto ha emergido por parte de los residentes en forma de las consecuencias emocionales de desilusión e indefensión. Estudios en otros países con residentes de otras especialidades han puesto de manifiesto como principales factores de *burnout* la sobrecarga de trabajo del residente (largas jornadas sin salientes)[32].

El hecho de que las propuestas de mejora se refieran a aspectos puntuales y no se propongan medidas contra la utilización, puede hacer pensar en que el residente no ve factible cambiar la realidad que vive, produciéndose una situación cercana a la indefensión aprendida. La proposición básica de la teoría de la Indefensión Aprendida es que los organismos que experimentan que los acontecimientos son independientes de su conducta, es decir, son incontrolables, se forman una expectativa de que tampoco habrá consecuencias de su actuación en el futuro. Esto tiene consecuencias a tres niveles:

- A nivel conductual, tal expectativa de incontrolabilidad tenderá a producir un retraso en la iniciación de respuestas para controlar las consecuencias en una situación de aprendizaje posterior.

- A nivel cognitivo, produciría una creencia en la ineficacia de sus respuestas para controlar las consecuencias, y dificultaría el aprendizaje de éxito posterior.

- A nivel emocional, produciría malestar psicológico y depresión.

Algunas manifestaciones de las organizaciones médicas de residentes y médicos jóvenes hablan de este mecanismo para explicar la pasividad de los residentes con su situación[33].

Existen coincidencias con un estudio previo mediante encuesta a residentes[3] en cuanto a resaltar la figura del tutor y también en señalar como aspecto negativo la sobrecarga asistencial, si bien no es totalmente comparable debido al método (encuesta) y al tiempo del estudio (años previos a la crisis y al endurecimiento de las condiciones de trabajo en atención primaria).Los efectos de la crisis económica han mostrado su influencia en las expectativas de los estudiantes de medicina en Grecia[34] condicionando la decisión de continuar la formación fuera de su país. En nuestro estudio, el ahorro se señala como una de las razones de la utilización del R4.

La falta de tiempo para realizar las tareas rutinarias es considerada factor determinante de la satisfacción profesional también en residentes de especialidades hospitalarias[35] que además, señalan los aspectos relacionados con la docencia e investigación, esta última no mencionada por nuestros residentes quizá mostrando su poca presencia en la rutina de los centros.

La importancia del tutor se muestra también en estudios en los que se relaciona con la valoración global de la residencia[36], se identifica como problema la falta de esta figura en urgencias[37] o se le propone como elemento fundamental para la evaluación[38]. Otros aspectos valorados relevantes en nuestro estudio como son las rotaciones externas, se encuentran también en una investigación cualitativa con residentes de medicina preventiva[39].

La importancia de los aspectos relacionados con el aprendizaje de las competencias de la especialidad también ha sido encontrada en un estudio en residentes de Medicina Interna en Chile[40]. Como en nuestro estudio, también en otros países se encuentra la relevancia de aspectos de atención integral, consideración de condicionantes sociales y la dedicación a la prevención y promoción de salud como características de la medicina de familia que atraen a los estudiantes de medicina[41]. La orientación comunitaria también se ha señalado como competencia fundamental en el rol de la medicina de familia en países de economías emergentes[42].

Un aspecto que no aparece en nuestra investigación es la autopercepción de que el trabajo del R4 en una zona tenga impacto en la mejora de los servicios o en la salud comunidad, a diferencia de lo encontrado en estudios cualitativos sobre la residencia en medicina familiar, aunque en contextos no totalmente comparables[43].

Como fortalezas del estudio se encuentran la orientación a la mejora del proceso docente, el protagonismo de las vivencias de los participantes como objeto de estudio y la inclusión, en una segunda fase, de todos los agentes implicados en la docencia (tutores y pacientes).

Como principales limitaciones del estudio la participación abierta y anónima impide caracterizar a los participantes pero es imprescindible para mantener el anonimato.

Aunque la participación en el estudio es baja en comparación con el total de personas invitadas a hacerlo (14,6%), este aspecto no es relevante aplicando los criterios de saturación, de forma que se siguen buscando informantes para responder a las preguntas del estudio y bajo la flexibilidad de diseño que permite la investigación cualitativa. Aunque no se podía anticipar el número total de participantes, el muestreo estuvo sujeto al principio de saturación de los datos y se atiene finalmente a las recomendaciones de Morse para Teoría Fundamentada (30-50 relatos)[44].

Al tratarse de voluntarios puede ser que respondan las personas más motivadas y/o con posturas más polarizadas bien hacia vivencias y opiniones negativas o bien hacia destacar los aspectos positivos.

Las opiniones recogidas en el curso de residentes son "menos libres" que las efectuadas en la página web, puesto que están allí presencialmente luego puede saberse en realidad al menos "el grupo" que las ha emitido. También tienen menos tiempo para las respuestas y son apremiados a hacerlas en el momento, lo que limita la capacidad de reflexión y expresión, de ahí la menor riqueza informativa de estos escritos. La inves-

tigadora que recogió estas opiniones escritas no fue docente de los cursos ni mantenía vínculos docentes con los participantes.

La subjetividad del equipo investigador también se intenta reducir mediante la realización del análisis por dos miembros, de forma sucesiva en la mayoría de pasos y con la realización de varias reuniones de discusión.

La subjetividad e ideas preconcebidas de los investigadores pueden dificultar la inducción y emergencia de los resultados exclusivamente de los datos. Se considera el concepto de *sensibilidad teorética* (intuición para detectar aspectos relevantes de los datos), que coloca al investigador dentro de la investigación en continua interacción con los datos en función de su experiencia y formación previa en todos los ámbitos[45]. Componente fundamental de la sensibilidad teorética es la experiencia profesional que favorece la lectura correcta de los datos y la comprensión más rápida de los significados[46].

La investigación se ha demorado en el tiempo en la fase de análisis por una menor disponibilidad de tiempo para el equipo investigador y también por la realización simultánea de la recogida de información en tutores mediante la realización de grupos focales, cuyo contenido no ha sido aún transcrito ni evaluado. Esa demora puede influir en los resultados ya que pueden haberse producido cambios en la opinión al cambiar las circunstancias de las personas que participaron, por lo que el tiempo transcurrido hasta la revisión del informe preliminar por los participantes puede introducir excesiva distancia con las vivencias inicialmente manifestadas.

No se han aplicado en este primer análisis criterios de segmentación por diferentes grupos de edad o por género, lo que pudiera ser interesante en cuanto a la comparación de similitudes y divergencias de vivencias, opiniones y actitudes aportadas.

Se ha obtenido información solo de testimonio escrito de los informantes, siendo necesario complementar con otras fuentes de información (documental, entrevistas, observación) que permitirá en estudios posteriores realizar una verdadera triangulación de la información aportada. La continuación de este estudio mostrará los resultados del análisis de la opinión de tutores y de pacientes sobre el mismo fenómeno de estudio y la comparación entre estos tres grupos de informantes mediante triangulación aportará una visión más amplia y completa que permitirá evaluar mejor el último año de residencia en medicina familiar.

Como aplicación práctica del estudio los autores proponen algunas sugerencias para los distintos participantes en la docencia del cuarto año (Tabla 5). Éstas se dirigen a los residentes, a los tutores de centro de salud, rotaciones hospitalarias y urgencias hospitalarias, para los directores de centros de salud, Unidad Docente, gerencia de atención primaria, responsables de docencia MIR de la Comunidad Autónoma y Comisión Nacional de la Especialidad.

Como conclusiones del estudio podríamos decir que, para los residentes que lo han cursado, el cuarto año de residencia es valorado como un choque entre la vivencia y aprendizaje de los aspectos definitorios de la medicina de familia y la atención primaria (continuidad asistencial, comunicación, atención a lo largo de la vida, valoración integral de la persona en su contexto…) y la imposibilidad de hacerlo en toda su extensión debido a la utilización del residente para realizar labores asistenciales no sustituidas de los equipos.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de los mismos.

## Agradecimientos

A Miguel Ángel Santos Guerra por su revisión del informe preliminar, sus interesantes aportaciones y su inspiración constante para mejorar la tarea de enseñar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. 2004.

## Tabla 5. Sugerencias de los autores a los participantes en la docencia de cuarto año en medicina familiar y comunitaria

| AGENTES | RECOMENDACIÓN |
|---|---|
| Para los residentes | Mantener una actitud activa y crítica.<br>Establecer un Plan Docente del R4 con su tutor y revisarlo.<br>Exponer sus necesidades formativas a todos los niveles (conocimientos, habilidades y actitudes), trabajar por su consecución y reclamar ante su incumplimiento (al tutor, al responsable de tutores, al director, a la U Docente).<br>Expresar sus necesidades emocionales y relacionales.<br>Reunirse con sus compañeros residentes para reflexionar y evaluar colectivamente la consecución de objetivos docentes comunes.<br>Integrarse en el equipo de atención primaria. |
| Para los tutores de centros de salud | Reforzar la tutorización en las características esenciales de la atención primaria: continuidad asistencial, modelo biopsicosocial, comunicación, atención integral, atención familiar, actividades comunitarias.<br>Promover la responsabilización, autonomía y toma de decisiones del R4*.<br>Proteger la planificación docente del R4* ante requerimientos para labores asistenciales no cubiertas.<br>Promover un buen clima relacional en los equipos. Facilitar la integración del residente en el equipo.<br>Reforzar las sesiones clínicas del centro de salud orientadas a la formación del R4*. |
| Para los tutores de urgencias hospitalarias | Protocolizar el aprendizaje de técnicas en el R4*.<br>Planificar los pases de guardia. |
| Para los tutores de rotaciones hospitalarias | Planificar con el residente la consecución de los objetivos docentes durante la rotación.<br>Mejorar habilidades técnicas hospitalarias. |
| Para los directores de centros de salud | Planificar la actividad asistencial sin modificar el plan docente de los R4*.<br>Promover un buen clima relacional en los equipos.<br>Crear canales de comunicación efectiva con residentes y tutores.<br>Garantizar el cumplimiento del plan docente del R4 y corregir cualquier incumplimiento en el que tenga competencia. |
| Para la Unidad Docente | Proteger el plan docente del R4*.Dar directrices expresas para gerentes, directores, tutores y residentes, vigilar su cumplimiento, establecer correctores en caso de incumplimiento.<br>Establecer canales efectivos de conocimiento y control de la actividad asistencial de los R4*.<br>Promover cursos de mayor contenido clínico y práctico.<br>Supervisar la normativa de las rotaciones externas y velar por su cumplimiento.<br>Ampliar la formación en competencias emocionales de los R4*.<br>Promover un buen clima relacional entre los residentes.<br>Valorar la inclusión en el R4* de la orientación laboral.<br>Revisar el número de guardias y el dispositivo en el que se realizan en el R4*. |
| Para la dirección gerencia de distritos sanitarios | Planificar la actividad asistencial en aspectos previstos e imprevistos sin modificar el plan docente de los R4*. Dar directrices expresas para gerentes, directores, tutores y residentes, vigilar su cumplimiento, establecer correctores en caso de incumplimiento.<br>Garantizar el mantenimiento de una estructura docente estable en los centros de salud. |
| Para los responsables de docencia MIR de comunidad autónoma | Reforzar la figura del tutor mediante su reconocimiento e incentivación.<br>Implantar la figura del tutor personalizado en todas las especialidades.<br>Establecer normas y directrices para la protección del plan docente del R4* y la evitación expresa dela utilización para actividad asistencial no sustituida.<br>Establecer canales de comunicación efectiva con residentes y tutores.<br>Garantizar el cumplimiento de los aspectos que se reflejan en el Real Decreto de formación especializada andaluz sobre incentivos y liberación de tutores. |
| Para la Comisión Nacional de la Especialidad | Establecer normas y directrices para la protección del plan docente del R4* y la evitación expresa dela utilización para actividad asistencial no sustituida. |

*R4= Residente de cuarto año de medicina familiar y comunitaria.

2. Casado V, Pablo F. La acreditación de las UUDD de MFyC de España: estado de situación. Jornadas de Jefes de Estudio de las UUDD de Medicina Familiar y Comunitaria de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2 de Marzo de 2010.

3. Lucas FJ, Chacón P, Casado V, Pablo F. Percepción de los residentes de medicina familiar y comunitaria sobre el programa formativo de la especialidad. RevClinMed Fam. 2012; 5 (1): 17-24.

4. Otero S. Medicina familiar, a la cola en vocación. La Opinión. A Coruña. 20-05-2014.[ Consultado 12-11-14] . Disponible en: http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2014/05/20/medicina-familiar-cola-vocacion/843209.html.

5. Casado V, Bonal P, Cucalón JM, Serrano E, Suárez F. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. GacSanit.2012; 26 (Supl 1):S69-75.

6. Martín A, Jiménez J, Monreal A, Mundet X, Otero A, Alonso P, por el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia. Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las 2 fases de una encuesta estatal. Aten Primaria. 2013;45: 38-45.

7. Bonal P. Problemas y disfunciones en la formación MIR en medicina de familia y comunitaria generadas por las características actuales de la licenciatura de medicina. Tribuna Docente. 2007;8:1-6.

8. González B, Ortún V, Barber P, Harris JE. Importantes diferencias entre facultades de medicina. Implicaciones para la medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria. 2014; 46(3): 140-146.

9. Declaración de rechazo a que los médicos residentes de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria se incorporen al ejercicio profesional de forma autónoma. semFYC, febrero 2008. [Consultado 20-10-2014]. http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/declaracion%20conjunta%20R%20y%20JMF%20sobre%20R41.doc.

10. Porras P. ¿Cómo se forman las generaciones de nuevos médicos de familia?Med FamAndal. 2014;15(1):7-8. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v15n1.pdf

11. Simó J. Salud, dinero y atención primaria. http://saludineroap.blogspot.com

12. Santos Guerra MA, Fernández Sierra J, Angulo F, Martín MV. Informe de la evaluación de la formación de un sector de los médicos internos residentes de medicina familiar y comunitaria del hospital regional Carlos Haya de Málaga. En: Santos Guerra MA, Prados D, eds. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento. Barcelona: semFYC; 1996. p.59-152.

13. Escalera A. La falta de contratos deja a los centros de salud hasta con un 30% menos de médicos. Diario Sur, 13 diciembre 2013. Disponible en: http://www.diariosur.es/v/20131219/malaga/falt a-contratos-deja-centros-20131219.html

14. Valero Sainz M. Anatomía de un MIR. Tribulaciones y anécdotas del día a día de los Médicos Internos Residentes. Madrid: Ed. La esfera de los libros; 2009.

15. Santos Guerra MA. Hacer visible lo cotidiano. Teoría y práctica de la evaluación cualitativa. Madrid: Ed. Akal;1990.

16. Glasser B G. Basics of Grounded Theory Analysis.Emergence vsForcing. Mill Valley CA: Sociology Press. 1992.

17. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. 2 ed. Bogotá (Colombia): CONTUS-Editorial Universidad e Antioquia; 2002.

18. Glasser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. New York, United States of America: Aldine Publishing; 1967.

19. Holton JA. The coding process and its challenges.En A. Bryant y K. Charmaz.The Sage Handbook of Grounded Theory.Londres: Sage publications; 2007.p. 265-89.

20. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: A practical guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitatives Methods Series). Londres: SAGE Publications Ltd.; 2006.

21. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ. 2000;320:114-6.

22. De Andrés J. El análisis de estudios cualitativo. Aten Primaria. 2000;25:42-6.

23. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000;320(7226):50-2.

24. Cádiz J. Rigurosidad científica y principios orientadores para el evaluador/investigador. Ars Médica [revista en internet] 2006 [Consultado el 15 Octubre 2013] Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica9/ars3.html.

25. Lincoln Y, Guba E. Naturalisticinquiry. Newbury Park, CA: SAGE; 1985.

26. Rada DM. El rigor en la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. Redes [internet] 2006 [Consultado el 30 de Octubre 2010] Disponible en:www.redem.org/boletin/ files/Dora%20 Magaly%20Rada%202.doc

27. Gallo FJ, Alisent R, Díez J, Fernández C, Foz G, Granados MI, Lago F. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria. 1993;23(4):236-45.

28. Martín Zurro A. Principios, organización y métodos en medicina de familia. Séptima Edición. Bercelona: Elsevier; 2014.

29. Aymat A, Bazán J, Cerisola G, Heredia V, Llapur F, Puchulu M, Rotger L Santillán V, VanniL ,Calduch R. El sistema de residencias visto por el residente. Archivos de Medicina Familiar y General. 20016; 3(2):22-7.

30. OvejeroA. La teoría de la disonancia cognoscitiva. Psicothema. 1993; 5: 201-206. Universidad de Oviedo

Oviedo, España. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72705116.

31. Maslach C, Leiter M. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

32. MohdIsmail MNB, Lindstrom Johnson S, Weaver SJ, Wu AW, Gielen AC. Factorsinfluencingburn-outamongresidentphysicians and thesolutionstheyrecommend. PostgradMed J 2018;94:540–42.

33. Justo S. El residente y la indefensión aprendida. http://amyts.es. 1-4-2018.

34. Petousis S, Karamitros G, Margioula-Siarkou C, Christidis P, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Specialty education and Greekfinancial crisis: should I stayorshould I go?PostgradMed J 2019;0:1–2. doi:10.1136/postgradmedj-2018-136368

35. Ayala-Morillas LE, Fuentes-Ferrer ME, Sánchez-Díaz J, Rumayor-Zarzuelo M, Fernández-PérezC, Marco-Martínez F. Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. RevClinEsp 2014;214(4):175-83.

36. Miní E, Medina J, Peralta V, Rojas L, Butron J, Gutiérrez EL. Programa de residentado médico: percepciones de los médicos residentes en hospitales de Lima y Callao. RevPeruMedExp Salud Publica. 2015;32(2):303-10.

37. Gillen-Astete C, Migunes-Blanco I, Zamorano-Serrano M, Machin-Muñoz E, Gallego-Rodríguez P, de la Casa-Resino C. Encuesta nacional sobre valoración de la actividad de los médicos internos residentes en los servicios de urgencias españoles. EducMed. 2019; 20(S1):115-23.

38. Cervera E, Andrés MJ, Cabello L, en nombre de Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid. La evaluación de residentes en las unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Madrid: ¿qué opinan los residentes y sus tutores? EducMed. 2018;19(2):82-90.

39. Latasa P, Reques L, Gil-Borelli Ch. Actitudes y valoraciones de los médicos residentes sobre la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Inv Ed Med. 2016;5(19):182-90.

40. Díaz LA, Sepúlveda P, Abbott E, Fuentes-López E, Letelier LM, Riqueleme A, et al. "Residents get no… satisfaction" a problem to face during internal medicine rotations: development and psychometricproperties of the IMPRINT-15 PostgradMed J. 2019; 0:1–6. doi:10.1136/postgradmedj-2018-136187

41. Weissman Ch, Zisk-Rony RY, Avidan A, Elchalal U, Tandete H. Challenges to the Israeli health care system: attracting medical students to primary care and to the periphery Israel Journal of Health Policy Research (2018) 7:28 https://doi.org/10.1186/s13584-018-0218-z

42. Mash R, Almeida M, Wong WCW, Kumar R, von Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa Human Resources for Health (2015) 13:93 DOI 10.1186/s12960-015-0090-7

43. Fletcher S, Mullett J, Beerman S. Value of a regional family practice residency training program site Perceptions of residents, nurses, and physicians. Canadian Family Physician. 2014;60: e447-54.

44. Morse JM. Analytic Strategies and Sample Size. Qual Health Res. 2015;25:1317-8.

45. Corbin J, Strauss AL. Basic of qualitative research. 3ª ed. California: Sage publication; 2008.

46. Silverman D. Interpreting qualitative data. Londres: Sagepublications; 2006.